

Anforderung an **Fax.-Nr.: 02331 / 807-151** **Tel.-Nr.: 02331 / 807-150**
FAX-Anforderung von Blutprodukten

| | O | | A | | B | | AB | |
|---|----------|------|----------|------|----------|------|-----------|------|
| | Pos. | Neg. | Pos. | Neg. | Pos. | Neg. | Pos. | Neg. |
| | Stk. | | Stk. | | Stk. | | Stk. | |
| Erythrozytenkonzentrate | | | | | | | | |
| Bestrahltes Erythrozytenkonzentrat | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Gepooltes Thrombozytenkonzentrat | | | | | | | | |
| Bestrahltes, gepooltes Thrombozytenkonzentrat | | | | | | | | |
| Thrombozythapherese-Konzentrat | | | | | | | | |
| Bestrahltes Thrombozytapherese-Konzentrat | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Gefrorenes Frischplasma (GFP) | | | | | | | | |
| LyoPlas N-W (lyophilisiert) | | | | | | | | |

Verteilertour: Konserven/Präparate sollen am _____ geliefert werden.

Selbstabholer: Konserven/Präparate werden am _____ abgeholt.

| | |
|--------------------------------------|------------------|
| Angefordert von: _____ | Stempel: _____ |
| Klinik / Station/ Arztpraxis : _____ | |
| Behandelnde(r) Arzt/Ärztin: _____ | Tel. Nr. : _____ |
| _____ | |

Datum: _____

Unterschrift: _____